

Nationales Programm für Seelische Gesundheit: Chancen und Hindernisse*

Sehr geehrte Damen und Herren

Zunächst möchte ich mich herzlich bei den Veranstaltern dieser interessanten Tagung bedanken, dass Sie mich eingeladen haben, auf dieser Veranstaltung unsere Bemühungen für Modernisierung polnischer Psychiatrie vorzustellen. "Modernisierung" setzt immer eine Konfrontation der Gegenwart mit historischen Erfahrungen voraus. Auf diesem Grund fange ich mit Vorstellung historischer Entwicklung und heutiger Erwartungen an psychiatrische Gesundheitsvorsorge an.

Historische Perspektive

Die historisch ersten Versuche psychisch Kranken zu versorgen und zu heilen sind heutzutage nicht mehr gut bekannt, von heutiger Perspektive oft nicht verständlich, und noch öfter eher nicht lobenswert. Aus der Perspektive der Betroffenen die neuzeitliche historischen Prozesse können wie folgend aufgeteilt werden:

- Wiedererlangung der Humanität und des Zugangs zu Pflege- und Asylmöglichkeiten (initiiert von Pinel, durch die Praxis von der "Moralischen Behandlung" und Institutionalisierung der Psychiatrie - beginnend von der Ende des XIX und Anfang XX Jahrhunderts.

* XX DPGfSG Symposion, Lublin 2009

- Wiedererlangung der Rechten, des Zugangs zur Behandlung und zum Leben in eigenem sozialen Umfeld (angefangen mit der Trauma des II-en Weltkrieges, gefolgt mit Einführung von aktiven Therapieformen und Kritik der Traditionellen psychiatrischen Institutionen - ab der Hälfte des XX-en Jahrhunderts,

- Wiedererlangung der Eigenständigkeit, Möglichkeit von Beeinflussung der Gesundheits- und Sozialpolitik, Möglichkeit von Eigenbestimmung und Selbstentscheidung über am besten geeignete Form der Hilfe (angefangen durch Aktivitäten von Verbraucher-Verbänden zusammen mit der liberalen Kritik von s.g. paternalistischen Tradition in der Psychiatrie - am Ende des XX-en und Anfang des XXI Jahrhunderts).

In vielen, heutzutage funktionierenden psychiatrischen Versorgungssystemen ist es möglich alle Elemente der o.g. Entwicklungen wieder zu finden, obwohl in unterschiedlicher Ausprägung. Dominanz von Asyl-Einrichtungen bedeutet Anzeichen von dem ersten von dieser Prozessen. Für den zweiten Prozess typisch sind Duldung der Ungleichheit im Zugang zu den Rechten oder Leistungen deuten auf den nicht beendeten zweiten Prozess hin. Am Anfang von dem dritten Prozess entstehen starken, einflussreichen Verbraucherorganisationen.

In Polen, Psychiatrie ist noch von Asyl-Einrichtungen dominiert (54 großen psychia-

trischen Krankenhäuser, die etwa 3 der Ressourcen verbrauchen). Sozialpsychiatrischen Modellen werden lediglich lokal realisiert, ihr realer Einfluss auf das Leben der Kranken bzw. auf die soziale- und Gesundheitspolitik ist nach wie vor zu klein.

Gegenwärtige Perspektive

Im WHO Bericht vom 2001 das psychischer Gesundheit gewidmet war, wurde von überraschend größer individuellen, sozialen und ökonomischen Belastung durch psychische Störungen. Es wies auch darauf hin, dass die Barrieren wie Stigmatisierung, Ausgrenzung und inadäquate Hilfsformen nicht zu akzeptieren sind. Sie hindern es auch global Millionen Betroffenen mögliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im 2001 geschätzte 450 Millionen Menschen waren psychisch erkrankt, davon nur wenigen erhielten sogar nur eine basale Hilfe. Psychische Störungen bildeten etwa 12% der globalen Krankheitsbelastung - als eine der größten Störungsgruppen. Trotzdem, in Mehrheit der untersuchten Ländern wurde weniger als 1% des Gesundheitsvorsorge-Budgets für Psychiatrie ausgegeben. Über 40% der Ländern hatte keine Politik für Psychische Gesundheit und 30% hatte kein entsprechendes Programm. Über 90% hatte keine politische Rahmen für Kinder und Jugendpsychiatrie. Seit Jahrzehnten Probleme der Psychiatrie werden einfach ignoriert. In Europa ist die Lage etwas besser. Psychiatrie beansprucht etwa 5% des gesamten Gesundheitsbudgets, und in mehreren Ländern wurden konkreten Programmen entwickelt. Die Situation ist aber längst nicht gut, wenn es immer noch notwendig ist das Gewissen zu erwecken (Deklaration und Handlungsplan 2005), Diskussionen zu initiieren (Grünes Buch, 2006) und soziale Pakts zu deklarieren (Pakt für Seelische Gesundheit, 2008).

In Polen die Ausgaben für Psychiatrie bilden etwa 3,5% des gesamten Gesundheitsbudgets (seit 1998, wann die Öffentliche Daten zu diesem Thema veröffentlicht wurden). Die Gesundheitsfürsorge für psychisch kran-

ke Menschen in Polen ist für die Betroffenen schlecht zugänglich, unregelmäßig verteilt, aufgebaut nach einem kostspieligen und ineffektiven Modell mit vorrangiger Rolle eines weit entfernten Krankenhauses ("Asyl"), begrenzter Verfügbarkeit ambulanter Versorgung und eigentlich nicht existierenden sozial-psychiatrischen Formen der Behandlung. Sie ist unterfinanziert, und ständiger Dekapitalisierung unterworfen, so dass auch das Personal immer knapper wird. Die Kontinuität der Behandlung für die, die es am meisten brauchen, ist unzureichend und mangelt häufig an Koordination der Aktivitäten verschiedener psychiatrischer Einrichtungen und an Sozialhilfe. Das System der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge in Polen entspricht nicht den modernen Standards und den Bedürfnissen der Gesellschaft. Man kann den Beginn einer grundlegenden Reform nicht weiter in die Zukunft verschieben.

Psychiatriereform in Polen

In den 70ern Jahren des 20-ten Jahrhunderts sind in Polen Ideen zu Thema Psychiatriereform entstanden. Leider, als der sozialistische Staat in den 80ern bankrott wurde, ihre Umsetzung wurde verschoben. Die Wende am Anfang der 90ern hatte andere, dringende politische Prioritäten erzwungen, gleichzeitig aber auch neuen Egoismus verschiedenen Gruppen erweckt. Dies hatte die Umsetzung von vielen öffentlichen Programmen - darunter auch der Psychiatriereform - weiter in die Zukunft verschoben. Im 1994 wurde das Gesetz für Psychische Gesundheit in Polen verabschiedet. In diesem Gesetz wurde u.a. Aufbau der sozialen Psychiatrie geplant; dass der Staat dazu verpflichtet ist, psychiatrische Vorsorge zu modernisieren wurde aber leider komplett verschwiegen. Die einzige konkrete Deklaration dieses Gesetzes, und zwar, dass es ein Netz von öffentlichen psychiatrischen Einrichtungen entstehen soll, ist nie verwirklicht worden, und letztendlich hat man ganz darauf verzichtet. Schon seit 1994 gab es Bemühungen einen komplexen Psychiatriereformprogramm zu entwick-

keln. In 1996 und 2000 wurden 2 Versionen davon dem Parlament und der Regierung vorgestellt - leider, ohne Ergebnis.

Hoffnung

In den letzten Jahren sind zahlreiche EU-Dokumente veröffentlicht worden, die dazu dienen, Mitgliedsländer ihre Vorgehensweise bzgl. Der psychischen Gesundheit zu ändern und moderne, funktionsfähige Systeme von psychiatrischen Fürsorge zu entwickeln. Polnische Regierung hat diese Deklarationen auch unterschrieben. Daraus folgt, dass auch in Polen Psychische Gesundheit muss als untrennbarer Bestandteil der Gesundheit gesehen werden. Der ungleiche Umgang mit psychisch Kranken muss aufhören - es gibt viele Beispiele solcher Diskriminierungen sowohl von einzelnen Menschen, als auch von ganzen Gruppen - eine strukturelle Diskriminierung die tief in den Abläufen vieler sozialer Einrichtungen und in kulturellen Stereotypen verwurzelt ist. Es ist notwendig die Vorgehensweise hinsichtlich der medizinischen, sozialen und ökonomischen Probleme, die mit psychischer Gesundheit verbunden sind, gründlich zu verändern. Ignoranz und Missachtung dieser Probleme führen nämlich zu unnötigem Leid der Betroffenen und Angehörigen, sowie zu sozialen Verlusten und Kosten die ansonsten vermeidbar wären, wie z.B.: Erwerbsunfähigkeit, Unselbständigkeit, Arbeitslosigkeit, Dysfunktionen in der Familie, Stigmatisierung, sozialer Isolierung und Abhängigkeit von unterschiedlichen Einrichtungen. Aus diesem Grund muss auch in einem nicht besonders reichen Land psychische Gesundheit als ein besonderer Wert geschätzt werden - eine Herausforderung für die

Sozial- und Gesundheitspolitik des Staates sowie für die Vertreter der Gemeinden.

Programm

Im 2006 neuer Entwurf eines Psychiatriereformprogramms wurde diesmal mit Erfolg der Polnischen Regierung vorgestellt. Im Juli 2008 wurde im polnischem Landtag eine Novelle

des Gesetzes zum Schutz von Psychischer Gesundheit beschlossen. In diesen Rahmen wurde auch die Polnische Nationale Psychiatrie-Reform beschlossen. In diesem Programm wurden die Aufgaben der Reform sowie die Verantwortlichen für ihre Einführung benannt. Die

Reform setzt 3 strategischen Hauptziele voraus:

ZIEL 1. Änderung der Wahrnehmung psychischer Gesundheit/ psychischer Störungen in der Gesellschaft: Förderung psychischer Gesundheit und Vorbeugung psychischer Störungen durch:

- Verbreitung von Wissen über psychische Gesundheit, Gestaltung von Verhalten und Lebensstil, die für die Psyche schonend und stützend sind. Entwicklung von Bewältigungsstrategien in psychisch belastenden Situationen
- Vorbeugung psychischer Störungen sowie Aktionen gegen Intoleranz, soziale Ausgrenzung und Diskriminierung der Betroffenen
- Errichtung von Beratungsstellen und Kriseninterventionseinrichtungen

ZIEL 2. Reform des psychiatrischen Gesundheitssystems - Schaffung einer integrierten und zugänglichen Gesundheitsfürsorge für die Betroffenen, sowie anderer Hilfsangebote die unverzichtbar sind für das Leben im sozialen Umfeld (u.a. in der Familie, am Arbeitsplatz) durch systematische Verbreitung:

- eines sozialpsychiatrischen Modells des Gesundheitssystems (Entwicklung eines Netzwerks von lokalen Zentren für Psychische Gesundheit, die allmählich den Einfluss, die Stellung und die Funktionen von großen psychiatrischen Krankenhäusern ausgleichen sollen. Anpassung der Ressourcen an den Bedarf, Ökonomisierung der psychiatrischen Versorgung, Wachstum und Differenzierung professioneller Ressourcen)
- Differenzierung von sozialen Hilfen und Unterstützungsangeboten (Entwicklung eines Netzes von sozialer Unterstützung)
- Teilnahme am Berufsleben (Zugang zu verschiedenen und neuen Formen von berufli-

chen Aktivitäten angepasst an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Personen, die sich nach psychischen Krisen auf dem Weg der Besserung befinden)

- Koordinierung der verschiedenen Formen der Versorgung und Hilfen (auf Landes-, Regional und Gemeindeebene)

ZIEL 3. Sammlung nützlicher und solider Informationen für die Zukunft - Entwicklung von Forschung und Informationssystemen zum Thema Schutz von psychischer Gesundheit

Als Verantwortliche für die Einführung der Reform werden genannt: (1) Woiwodschafts-, Kreis- und Gemeindeselbstverwaltungen, (2) die Minister, die für die entsprechenden Aufgaben und Bereiche zuständig sind, (3) der Nationale Gesundheitsfond.

Die Einzelheiten bzgl. der Einführung der Reform in den Jahren 2009-2013 werden in einem Dekret beinhaltet sein, das gerade von der Regierung vorbereitet wird. Es besteht die Hoffnung, dass die Initiative der Regierung als Resultat ein wirksames, dem Ausmaß der Aufgaben angemessenes Program erarbeiten wird, durch das die um etwa 30 Jahre verspätete Reform (im Vergleich zu der Mehrheit anderer Länder Europas) wird beginnen können.

Leider bekommt man nichts umsonst. Schon jetzt sieht man Versuche, das Ganze zu verlangsamen und zu sabotieren, obwohl die in dem Reformprogramm vorgeschlagenen Aktionen im Grunde nichts besonders Neues darstellen. Sie folgen einer menschlichen, bürgerlichen und professionellen Pflicht - mit dem Ziel, mangelnde Informationen und Ratlosigkeit bezüglich psychischer Krisen und Probleme zu beenden, gleichzeitig die Betroffenen von Stigmatisierung und Diskriminierung zu entlasten und ihnen den gleichen Zugang zu guter und möglichst effektiver Gesundheitsfürsorge zu gewährleisten, ohne ihre Würde zu gefährden.

Offiziell, und leider nur virtuell das Programm schon seit 2009 in Umsetzung ist. Die Einzelheiten seiner Umsetzung soll ein Dekret der Regierung festsetzen. Das bleibt aber nach wie vor aus. Das neuste Projekt vom September 2009 ist noch in der Phase von

"sozialen" Beurteilung und es bleibt ungewiss wie es letztendlich aussehen wird. Im Projekt wurden u.a. die konkreten Aufgaben der einzelnen Akteuren konkret beschrieben (Bezirk- und Woiwodschaftsregierung, Ministerien für Gesundheit, Bildung, Wissenschaft, Arbeit und Sozialwesen, Innenministerium, Abwehrministerium, Justiz, Kultur und Nationaler Gesundheitsfond). Es wurden auch die Zeitrahmen festgelegt, sowie Monitoring - Maßnahmen. Klein Budget dafür wurde auch vorgesehen. Erst die Veröffentlichung dieses Dekrets wird die praktische Umsetzung des Programms ermöglichen.

Die Barrieren

Angehts der bisherigen Erfahrungen in Entwicklung des Programms ist es möglich heute schon einige Schwierigkeiten voraussagen. Ihre Bedeutung und ihr Einfluss kann man graphisch in der Form einer Pyramide vorstellen. Ihre Basis stellen die Faktoren mit den am weitesten reichenden Einfluss und Konsequenzen.

Abbildung

Axiologische Barrieren sind Folgen der kulturbedingten Normen und Werten, die im weitesten Sinne gestalten die Antwort auf die Frage: "kann psychische Gesundheit als eine anerkannte/umsetzbare Wert gelten"? Es geht hier z.B. um in jeder Kultur "eingeschriebenen" Egoismusspiegel, der die Bereitschaft die "gemeinsame Werten", "öffentliche Interesse", "Hilfsbereitschaft", "Respekt für menschliche Würde" zu beachten beeinflusst.

Bewusstsein Barrieren sind folgen der Haltung verschiedenen sozialen Gruppen, die zwar gemeinsame Werte teilen, die aber unterschiedlich beachten. Repräsentative Studien in Polen zeigen wesentliche Ausprägung von Stereotypen, Distanzierung und Stigmatisierung den psychisch Kranken gegenüber. Gleichzeitig die in diesen Studien Befragten berichteten von subjektiv empfundenen Wissensmangel und Ratlosigkeit angesichts der potenziellen Bedrohungen für psychische Gesundheit. In den letzten Jahren ist die wach-

sende Unterstützung für den Gesetz zum Schutz von Psychischer Gesundheit zu beobachten, die auch über 10 Jahre nicht weniger wurde. Man konnte auch positive Auswirkung öffentlichen Informationskampagnen feststellen.

Politische Barrieren folgen aus dem Willen und Entscheidungen der Gruppe (Politiker, Sozial- und Gesundheitspolitiker), die im Namen der einer lokalen Gemeinde oder des ganzen Landes ihre Entscheidungen trifft. Hier merken wir leider anhaltende Tendenz die Verantwortung zu vermeiden, mit gleichzeitiger, ungünstiger Prioritäten Verschiebung. Der "politische Willen" ändert sich je nachdem, wer momentan was und bei wem erreichen möchte. Bei vielen Gesprächen mit Politikern Mangel an Informationen und Verständnis fallen sehr auf. Die Politiker scheinen den "Marktwert" der Gruppen die sich für die Psychiatriereform einsetzen, als eher gering einzuschätzen, und diese Einschätzung nutzen sie oft ohne Konsequenzen aus. Eine Stabilisierung dieses s.g. "politischen Willens" kann für die Reform sehr positiv sein, es kann sich auch lohnen die Verbündeten für diesen Zweck zu suchen.

Rechtliche und ökonomische Barrieren. Sie folgen aus dem Mangel an adäquaten sozialen Politik. Weiter führt es zu Verspätung oder auch zu Verabschiedung von widersprüchlichen Gesetzen. Oft Bedürfnisse von psychiatrischen Fürsorge werden für andere Ziele geopfert. Es ist üblich dass die Beamten des mittleren Ebene sich an Passivität der höheren Ebenen beklagen, die sich wiederum an Passivität von den ersten beklagen. Letztlich haben wir sehr oft beobachtet Politiker, die ihr Verständnis und Unterstützung für Psychiatriereform laut ausgesprochen haben, die gleichzeitig aber aufgrund der "Finanzkrise", "anderen, höheren Zielen" oder "unrentablen Ausichten" auf jegliche Aktivität verzichtet haben. Im Hintergrund dieser Inkonsequenz schient mehr basale Frage von Regulierung-Deregulierung um Gesundheitswesen zu stehen - vor allem in Psychiatrie. Hier muss es zum Gespräch und Einigung zwischen verschiedenen

Meinungen kommen, was allerdings etwas länger dauern kann.

Organisatorische Barrieren betreffen Vorstellungskraft, Initiativen, Aktivitäten verschiedenen Gruppen, die für die Umsetzung der Reform engagiert sind oder sein sollten. In professionellen (auch psychiatrischen) Kreisen Interesse an die im Programm vorgeschlagenen Veränderungen ist oft eher gering, was aus dem Konflikt der Prioritäten (z.B. zwischen biologischer und sozialer Psychiatrie), Interessen (z.B. Ökonomie versus Prestige) folgt. Auch Streitereien zwischen verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen sind hier zu erwähnen. Mitglieder der Verwaltung haben oft zu wenig Informationen oder zu wenig Erfahrung. Es kommt auch oft zu einem Machtkampf. Solche Hürden können natürlich die Reform in konkreten Einrichtungen erschweren und verlangsamen. Noch andere Barrieren kann man unter den Arbeitgebern, Wissenschaftlern, Juristen, Journalisten und anderen Gruppen beobachten. Solche Hürden sind Gang und Gäbe im Alltag der Reformumsetzung. Zum Glück haben wir mittlerweile viele Erfahrungen gesammelt, zusammen mit Lösungsmöglichkeiten die nützlich sein können bei Auflösung solcher immer wieder aufs neue entstehenden Barrieren.

Chancen

Bisher die wichtigsten Initiativen für die Reform kamen aus den Kreisen der Experten. Psychiatrische Kreise Polens versuchen schon seit Jahren die Psychiatrie im Lande zu modernisieren. Der Austausch in Rahmen der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit ist seit langer Zeit eine Hilfe und Unterstützung bei unserer Vorstellung von sozialer Psychiatrie. Nichts desto trotz betreffen psychische Gesundheit und damit verbundene Probleme nicht nur Psychiater - das Einverständnis und der gute Wille von allen Seiten ist notwendig, weil die Probleme jeden von uns irgendwann treffen können oder werden. Es wird erwartet dass Anerkennung dieser Tatsache, angesichts der sozialer und ökonomischer Rentabilität der Reform wird dazu

führen dass es gelingen wird nicht nur Verwaltungsbeamte für diese Idee zu begeistern. Wir hoffen auch die Meinungsbildende Kreisen zu bewegen - Medien, Kultur, Wissenschaft, Bildung, sowie Autoritäten solche wie Kirche, Vereine. Die Reform braucht ihre Freunde und Verbündete die mit der Zeit auch aktiv mitwirken werden. Um dass zu erreichen muss erst viel Grundarbeit geleistet werden. Die in dem Reformprogramm vorgesehene Veränderungen sind sehr umfangreich und lassen sich nicht "von oben nach unten" einfach erzwingen, nach einem einzigem Schema. Es lässt Raum für lokale Initiativen, für individuelle Engagement und Verantwortung. Gleichzeitig aber, zentral gesteuerten Aktivitäten sind unabdingbar. Die wichtigsten Wirkungsrichtungen kann man in 2 Perspektiven darstellen - horizontal und senkrecht.

Horizontale Perspektive beinhaltet die Aktivitäten von schon arbeitenden Reformgruppen - Polnische Gesellschaft für Psychiatrie, Deutsch-Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit, Psychiatrie und Neurologie Institut, Regionale- und Landespsychiatriebauftragten. Die Perspektive setzt Kontinuität der Aktivitäten voraus, vor allem:

- Durchsetzung von Psychiatrie Dekret Verabschiedung durch Polnische Regierung,
- Verstärkung der Unterstützung für die Reform unter der professionellen Kreisen mit Reduzierung irrationalen Widerständen (durch Diskussionen, Seminars, Veröffentlichungen, Konferenzen).
- Definierung und Einführung eines neuen Berufs, dessen Aufgabe und Prestige basieren würden auf die Umsetzung der Reform (vorläufig haben wir ihn als "sozialen Therapeut" genannt. Durch seine Kompetenzen wäre er imstande eine umfassende Hilfe der Betroffenen zu anbieten, mit ihnen in engen Kontakt, in ihrer Umwelt zu bleiben)
- Arbeit der Experten - Entwicklung von Standards, Fortbildungsprogrammen, Modell-Lösungen,

- Vorbereitung und Umsetzung des Reformprogramms in unterschiedlichen Gebieten - als überwachte Experimente - mit dem Ziel umfangreicher Einschätzung von gesundheitlichen und sozialen Effekten, Kosten und Nutzen.

Senkrechte Perspektive setzt eine Verbesserung der Kommunikation zwischen sozialen Bedürfnissen und dementsprechenden Entscheidungen voraus. Mögliche Aktivitäten beinhalten u.a.:

- "Wirkung von unten" (d.h. in lokalen Gemeinden) durch:
 - Erweckung der Interesse, Identifizierung potenzieller Lider, Aufbau s.g. guter Selbstregierungspraxis
 - Unterstützung von (1) Verbraucher-Organisationen (die ihre eigene Meinung äußern und vertreten sollen; (2) lokalen Nicht-Regierungsorganisationen
 - Informationskampagnen: Tage der Solidarität mit den Betroffenen, Tag der Psychischen Gesundheit - die in immer größer Ausmaß von bürgerlichen und Verbraucherorganisationen organisiert werden.
 - "Wirkung von oben" (d.h. z.B. von Regierungs-, Parlamentsebene. Eine nicht Parteiorientierte Abgeordneten-Gruppe soll organisiert werden die sich für Psychiatriereform interessieren würde, die für Monitoring der Reform zuständig wäre. Mit der Zeit soll eine Bewegung die mit deutscher Aktion Psychisch Kranke vergleichbar wäre organisiert werden.
 - "Wirkung von oben nach unten" (d.h. auf allen Ebenen der Verwaltung und Politik) - durch Aktivitäten von Koordinationsgruppen, die in Reformprogramm fest eingeschrieben wurden - als Rat für Psychische Gesundheitschutz (regionale und lokale psychische Gesundheitsrat).
- Es bleibt zu hoffen dass, wenn die Reform eine kritische Schwelle überschreitet, einige Prozesse aktiv werden die ihre weitere Umsetzung automatisch befürworten wird.